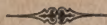


1925 Lase Medical Library
Beiträge

zur

Lehre vom Magenkrebs.



Inaugural-Dissertation

verfasst und der

Hohen medicinischen Facultät

der

königl. Julius-Maximilians-Universität Würzburg

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

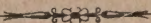
Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

vorgelegt von

Robert Buchfeld

cand. med.

aus Velbert (Rheinprovinz).



Würzburg.

Paul Scheiner's Buchdruckerei.

1887.

Referent: Herr Professor Dr. Leube.

Seiner

LIEBEN MUTTER

aus Dankbarkeit

vom Verfasser.

Zu den Organen, in denen sich eine carcinomatöse Neubildung am häufigsten localisiert, gehört unstreitig der Magen. Nach einer Zusammenstellung von *Lange* aus dem Jahre 1876 fanden sich unter 587 Fällen von Carcinomen aus den Sectionsprotocollen des pathologischen Instituts zu Berlin 210 Carcinome des Magens, 147 der Vulva und des Uterus, 50 des Oesophagus, 30 der Mamma, 28 des Darmes, 27 der Leber, 12 der Gallenblase und 9 des Pankreas. Dies stimmt mit einer späteren Zusammenstellung von *Grawitz* 1881 in einer Arbeit über Krebsmetastasen im Magen überein, nach der die Magencarcinome 41 % aller primären Carcinome bilden. Daraus ist ersichtlich, dass der Magen ein überaus starkes Contingent stellt, da fast die Hälfte aller in ihm zur Entwicklung gelangt. Wie Carcinome überhaupt, so tritt auch das des Magens gewöhnlich erst im vorgerückten Lebensalter auf. Nach *Brinton* beträgt das durchschnittliche Alter der an Magencarcinom gestorbenen Personen nach einer Zusammenstellung von 600 Fällen 50 Jahre. $\frac{3}{4}$ aller Fälle betraf Menschen zwischen dem 40. und 70. Lebensjahre. Die relativ höchste Disposition zur Erwerbung des Magenkrebses fällt auf die Lebenszeit zwischen 60 und 70 Jahren. Bei Individuen unter 30 Jahren wird er nur selten beobachtet; so fand *Hahn* z. B. unter 154 Fällen nur 2 unter 30 Jahren, *Leube* ein Carcinom

bei einem etwa 25jährigen Manne, *Reinbrecht* beobachtete einen Fall bei einem 21jährigen Mädchen, *Scheffer* einen solchen bei einem 14jährigen Knaben. Selbst in noch jüngeren Jahren ist sein Vorkommen constatirt, sogar congenitale Magenkrebsse hat man vorgefunden, wenn solche Fälle auch extrem selten sind und vereinzelt dastehen. Was die Localisation des Krebses im Magen anlangt, so ist vor allen Dingen der Pylorus Sitz carcinomatöser Neubildung. So beobachtete *Ebstein* unter 200 Fällen 123 mal den Sitz am Pylorus, *Waldeyer* unter 32 Fällen 19 mal, *Gussenhauer* und *Winniwaerter* unter 903 Fällen 543 mal. Nach dem Pylorus nimmt im Bezug auf die Häufigkeit des Sitzes die Cardia die erste Stelle ein, und relativ selten sind die Fälle von Magenkrebs an der kleinen und der grossen Curvatur, die sowohl die Cardia als auch den Pylorus vollständig intakt lassen. Was die Diagnose des Magenkrebses betrifft, so begegnet man oft den grössten Schwierigkeiten und kommt in vielen Fällen nicht über eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose hinaus, wie denn überhaupt bei den Erkrankungen der Unterleibsorgane es in sehr vielen Fällen des ganzen Scharfsinns eines an Erfahrung reichen Arztes bedarf, um sich für das eine oder für das andere zu entscheiden. Ich möchte hier mit einigen Worten eine Methode der Diagnosenstellung berühren, die nach meiner Ansicht vor allem geeignet ist, in kurzer Zeit und in einer geradezu eleganten Weise die Stellung einer entscheidenden Diagnose zu ermöglichen, ich meine hier die Methode per exclusionem, die ich vor allem an hiesiger Klinik von meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Prof. Leube, besonders bei den Erkrankungen der Leber und der Unterleibsgeschwülste überhaupt habe anwenden

sehen. Diese Methode ermöglicht es, zuweilen in einer, ich möchte sagen, mathematischen Weise vorzugeben; hier folgt Schlag auf Schlag; es handelt sich z. B. in einem Fall um 3 Möglichkeiten, gegen die erste spricht dies, gegen die zweite jenes, es resultiert mit absoluter Sicherheit die dritte; das ist einfach und fassbar. Ich finde diese Methode sehr nutzbringend und halte dafür, dass sie, wo es eben angeht, nicht streng genug durchgeführt werden kann. Kehren wir nach dieser kurzen Abschweifung zum Thema zurück. Das bei weitem wichtigste diagnostische Merkmal eines Magencarcinoms ist das Wahrnehmen einer Geschwulst in der Magen-gegend, und kann dies nicht genug gerade in unserer Zeit betont werden, wo auf die Untersuchung des Mageninhalts und speciell auf das Fehlen der Salzsäurereaktion ein nach Prof. *Leube's* Ansicht ungebührlich hoher einseitiger diagnostischer Werth gelegt wird. Die Geschwulst entspricht in der Regel, was die Localisation betrifft, dem Pylorus, sehr selten der vorderen Magenwand. Es ist wohl zu berücksichtigen, dass der Pylorus zuweilen infolge seiner Schwere nach unten sinkt, so dass die Geschwulst am Nabel und selbst unterhalb desselben gefühlt wird. Leider lässt sich eine Geschwulst nicht in allen Fällen nachweisen, zunächst nicht in all' den Fällen, in denen das Carcinom an der Cardia sitzt, auch nicht, wenn es seinen Sitz an der kleinen Curvatur hat, es müsste denn die Geschwulst eine bedeutende Grösse erreicht haben und gegen die grosse Curvatur hingewuchert sein. Aber auch bei Sitz der Geschwulst am Pylorus können Verhältnisse gegeben sein, die ihren Nachweis unmöglich machen. Das aber ist vor allen Dingen festzuhalten, dass, wenn man eine Geschwulst des Magens fühlt und

sicher ist, dass sie dem Magen angehört, man aus diesem Symptom allein mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit die Diagnose auf Carcinom stellen kann. Wir besitzen nun ein ausgezeichnetes Mittel, um fast mit Bestimmtheit zu entscheiden, ob eine palpable Geschwulst dem Magen angehört oder nicht, nämlich die Perkussion desselben nach Anfüllung mit Wasser, eine Methode, die häufig auf der Leube'schen Klinik zu diagnostischen Zwecken geübt wird. Mit Hülfe einer Schlundsonde bringt man eine genügende Quantität Wasser in den Magen hinein und kann nun mit vollkommen hinreichender Sicherheit den nunmehr gedämpft tympanitischen Schall des Magens von dem hellen tympanitischen Darmschall abgrenzen. Wir haben alsdann eine Geschwulst des Magens vor uns, wenn sich die auf die angegebene Weise constatierte Grenzlinie continuirlich in den unteren Rand der Geschwulst fortsetzt. Lässt sich das nicht nachweisen, geht die Grenzlinie z. B. an den seitlichen Rand des Tumors heran, so sind andere Verhältnisse gegeben, und wird man in solchem Fall vor allem an eine Beteiligung des Netzes zu denken haben.

Von den andern Erscheinungen, die aber dem oben genannten Merkmal durchaus nicht gleichwertig sind, sind zunächst zu erwähnen die dyspeptischen Erscheinungen, bestehend in Appetitlosigkeit, Erbrechen, Stuhlverstopfung, ferner der Schmerz in der Magengegend, die Magenblutungen und der oben angegebene Mangel der Salzsäurereaktion. Ich werde nachher besonders in einem Fall zeigen, wie wenig diese Erscheinungen zuweilen ausgeprägt sind. Ich möchte mir nun erlauben, auf einige Fälle von Magencarcinom näher einzugehen und greife von den Patienten, welche im Laufe des

Vorjahres und im Anfang dieses Jahres in der hiesigen medicinischen Klinik an Magencarcinom behandelt wurden und zur Section gelangten, einige heraus. Dieselben, und zwar besonders der dritte, der vierte und der fünfte Fall sind in mancher Beziehung so lehrreich, dass es wohl der Mühe wert sein dürfte, sie der Oeffentlichkeit zu übergeben. Ich erlaube mir somit sie der Reihe nach vorzuführen.

I.

Michael Siedler, 36 Jahre alt, wurde am 4. Februar 1886 in die hiesige medicinische Klinik aufgenommen.

Anamnese. Der Vater starb, 46 Jahre alt, an Phtise, die Mutter, 40 Jahre alt, an Unterleibsentzündung, 4 Geschwister leben und sind gesund. Patient will bis zu seiner jetzigen Erkrankung immer gesund gewesen sein. Diese begann im Herbst 85 mit ganz unbestimmten Erscheinungen von Unwohlsein, Appetitlosigkeit, Aufstossen, seltener Erbrechen. Blut wurde nie erbrochen. Diese Erscheinungen, die längere Zeit unverändert fortbestanden, verschlimmerten sich im December in sofern, als Patient ohne Ursache Schmerzen in den Gelenken der Hände und Finger bekam, grosse Müdigkeit empfand und über spannende, zusammenziehende Schmerzen über der Brust in der Magengegend zu klagen hatte. Am 21. Januar ass nun Patient Linsensuppe und Mehlklösse. Auf den Genuss dieser Speisen wurde sein Zustand sofort bedeutend schlimmer, indem tägliches Erbrechen von dünnflüssigen, dunkelbraune Gerinnsel enthaltende Massen meist einige Stunden nach der Mahlzeit hinzutrat. Der Stuhl war von der Zeit an sehr retardiert, trat oft 8—10 Tage lang nicht ein, auch will Patient einmal beobachtet haben, dass der Stuhl, der auf ein Abführmittel hin

eintrat, schwarz gefärbt gewesen sei. Bei der rechten Seitenlage empfindet Patient heftigen Druck und Schmerz in der Magengegend. Der letztere nimmt nach dem Essen zu und hört nach dem Erbrechen fast ganz auf. Eine eigentlich umgrenzbare, schmerzhaft Stelle ist bis jetzt nicht zu finden.

Status praesens. Es handelt sich um einen Mann von mittlerer Grösse und von schwächlichem Körperbau. Das Fettpolster besonders des Gesichtes sowie auch des Gesamtkörpers ist fast vollständig geschwunden. Das Abdomen ist eingezogen und die Bauchdecken sind hochgradig gespannt. Die Perkussion des Magens ergiebt eine ziemlich starke Dilatation, indem derselbe in der Mittellinie bis 4 cm unterhalb des Nabels, in der Papillarlinie bis 7 cm unterhalb des Rippenbogens reicht. In der Gegend des Pylorus und zwar zwischen Mittellinie und rechter Papillarlinie unterhalb des Rippenbogens ist ein harter, auf Druck schmerzhafter Strang zu fühlen, der mehrere Einschnürungen zeigt. Hingegen ist die Palpation der übrigen Magengegend schmerzlos. Die Leber zeigt normale Verhältnisse.

5. II. Patient erbricht anhaltend dünnflüssige Massen, die bräunliche Gerinnsel enthalten, und ergiebt die Untersuchung mit Guajac und Terpentinöl deutliche Blutreaktion.

7. II. Es wird eine Ausspülung des Magens mit Eiswasser vorgenommen, die unter anhaltendem Erbrechen vor sich ging. Das Erbrochene ist frei von Salzsäure. In der Sonde befinden sich einzelne vollkommen unverdaute Linsen, die Patient seit dem 21. Januar nicht mehr gegessen hat. Nach der Ausspülung ist ein deutlicher Tumor neben dem Rand des

M. rectus abd. unterhalb des Rippenbogens bei tiefem Eingehen mit der Hand fühlbar.

9. II. Der Schmerz bei Druck auf die Geschwulst ist wesentlich stärker geworden. Der Puls wird schliesslich schwächer und schwächer, und unter zunehmendem Verfall der Kräfte tritt am 11. Februar der Exitus letalis ein. Die pathologisch anatomische Diagnose lautete der Hauptsache nach auf *Ulcus carcinomatosum pylori et dilatatio ventriculi*.

Epikrise. Der Fall ist sehr instruktiv für die fast vollkommen aufgehobene Magenfunktion, indem, wie hier, nachweislich volle 18 Tage nach einer Mahlzeit noch Reste derselben vollständig unverdaut nachgewiesen werden konnten.

II.

Andreas Hock, 54 Jahre alt, wurde am 25. April 1886 aufgenommen.

Anamnese. Die Eltern starben an Altersschwäche, der Vater im 81., die Mutter im 82. Lebensjahre. Patient erinnert sich nicht, bis zu seiner gegenwärtigen Erkrankung jemals leidend gewesen zu sein. Die jetzige Krankheit begann im Herbst 85 mit einem Gefühl von Druck und Völle im Magen, das sich bei jeder Nahrungsaufnahme steigerte, dagegen wegblieb, wenn Patient nichts genoss. Dazu kam grosser Widerwillen gegen Speisen, zunehmende Appetitlosigkeit, bitteres Aufstossen und Uebelkeit. Im November 85 bemerkte Patient eine Verhärtung in der Magengegend ungefähr 3 Finger unterhalb des Proc. xiphoideus am linken Rippenrand, welche Geschwulst seit Januar ziemlich stark wuchs. Dabei will Patient eigentlich Schmerzen nie gehabt haben, sondern nur ein Gefühl von Druck.

Seit 4—5 Tagen verschlimmerte sich sein Zustand in der Weise, dass Erbrechen von übelriechenden, dunklen Massen teils unmittelbar nach der Nahrungsaufnahme, teils eine Stunde nachher auftrat.

Status praesens. Patient ist hochgradig abgemagert und die Schleimhäute sind sehr anämisch. Die Lymphdrüsen am Halse, in der Achselhöhle und besonders in der Leistenbeuge sind deutlich vergrössert. Im Abdomen links von der Mittellinie und an den Rippenbogen anstossend wölbt sich ein kugeliger Tumor von der Grösse eines Apfels vor, der bei Betastung wenig empfindlich ist, bei der Respiration auf- und abwärts steigt und sich überhaupt durch seine grosse Beweglichkeit auszeichnet. Die Consistenz der Geschwulst ist hart und die Oberfläche glatt.

30. IV. Patient erbricht nach allen Speisen dunkel-schwarze Massen, die deutliche Blutreaktion geben. In der Leber, die fühlbar aber weich ist, lässt sich keine Verhärtung nachweisen.

5. V. Die mikroskopische Untersuchung des Blutes ergibt eine deutliche Destruktion der roten Blutkörperchen, indem dieselben klein, blass, unregelmässig in ihrer Gestalt und vielfach verzerrt sind.

9. V. Patient geniesst nichts mehr und wird mit Peptonklystieren genährt. Die Verschieblichkeit des Tumors ist eine so hochgradige, dass er sich vollständig unter die linke Kuppe des Zwerchfells schieben lässt und bei der Respiration ausgiebige Bewegungen macht. Am 15. Mai erfolgte sodann der Exitus letalis.

Die pathologisch anatomische Diagnose lautete auf Carcinom der Regio pylorica des Magens mit geringer Dilatation desselben, auf Infiltration der Lymphdrüsen

an der kleinen Curvatur und Verwachsungen des Magens mit den anstossenden Partieen des Pankreas. Die Leber war ausserdem frei mit Ausnahme der hinteren Fläche des rechten Lappens und die Milz von Adhäsionen geradezu eingehüllt.

Epikrise. Der Fall ist vor allem dadurch ausgezeichnet, dass die Geschwulst weder spontan noch auf Druck Schmerzhaftigkeit zeigte. Obgleich daher der Schmerz ein ziemlich constantes Symptom ist, so sieht man doch, wie wenig er im einzelnen Fall zu einer Diagnose Verwertung finden kann. Der Erwähnung wert ist auch wohl die sehr ausgiebige Beweglichkeit des Tumors, zumal die Mitbewegung bei der Respiration, da man ein Symptom vor sich hat, das sonst nur an der Leber zur Beobachtung gelangt, und wohl eins der wichtigsten Kriterien für einen Lebertumor darstellt, dagegen bei dem Magencarcinom nur selten zur Beobachtung gelangt.

III.

Agathe Schmidt, 65 Jahre alt, wurde am 10. December 1886 aufgenommen.

Anamnese. Der Vater starb an einem Lungenleiden und die Mutter an Altersschwäche. Von ihren sechs Geschwistern sind fünf gestorben, deren Krankheiten sie nicht anzugeben weiss, eine Schwester lebt und ist gesund. Mit 17 Jahren erkrankte Patientin an einer Unterleibsentzündung, sonst will sie immer gesund gewesen sein, auch keine Kinderkrankheiten durchgemacht haben. Ein Bruch, den sie sich jedenfalls durch Heben vor 4 1/2 Jahren zugezogen hat, wurde erst vor 14 Tagen erkannt und reponirt. Am Tage darauf stellten sich Schmerzen im Unterleib und ein

Anschwellen der Beine ein, und suchte sie, weil die Anschwellung nicht zurückgehen wollte, das Spital auf.

Status praesens. Patientin ist von mittlerer Grösse und besitzt einen starken Knochenbau. Die Muskeln sind erheblich geschwunden. Ikterus und Leberschmerz sind nicht vorhanden. Die Leber zeigt am rechten Lappen eine ausserordentlich harte, kalkähnliche Consistenz mit einem Höcker ungefähr zwei Querfinger vom Rand entfernt. Diese harte Geschwulstmasse erstreckt sich in der Richtung nach dem Magen zu bis zum linken Rippenrand, und ist die Geschwulst der Leber von der der Magengegend insofern erst diagnostisch zu unterscheiden, als die Palpation des harten Randes der Leber denselben in der linken Hälfte des Epigastriums über dem unteren Theil der Geschwulst verfolgen lässt, so dass in der Geschwulstmasse nur ein Theil als dem Leberrand angehörig erscheint. Der Appetit war in letzter Zeit verringert, der Durst gering und der Stuhl regelmässig. Das Wohlbefinden der Patientin war ein relativ gutes, und traten subjektive Beschwerden bis zu ihrem Tode nie in irgendwie bedeutendem Grade auf. Unter zunehmender Schwäche tritt schliesslich am 21. December der Exitus letalis ein.

Sectionsprotokoll. Die Abmagerung ist eine sehr bedeutende, besonders am Oberkörper. Die Lymphdrüsen der Inguinalgegend sind geschwellt. Nach Eröffnung der Bauchhöhle zeigen sich reichliche Adhäsionen der Vorderfläche der Leberoberfläche mit dem Bauchfell und dem Netz. Im Abdomen befindet sich eine geringe Menge einer klaren Flüssigkeit. An der Vorderfläche des rechten Lappens der Leber stösst man auf einen faustgrossen Knoten, der sich in das linke Mesogastrium hinein erstreckt und continuirlich in eine grosse Magen-

geschwulst übergeht. Die letztere liegt in der kleinen Curvatur und besteht, wie aus dem Durchschnitt ersichtlich, vor allem aus den Lymphdrüsen dieser Gegend und dem Pankreas. Bei Eröffnung des Magens zeigt sich ein ziemlich beträchtliches carcinomatöses Geschwür an der kleinen Curvatur, das 3 cm von der Cardia entfernt beginnt, eine Länge von 7 cm, eine Breite von 10 cm besitzt und sich erstreckt bis 1 cm vom Pylorus denselben übrigens vollkommen frei lassend, so dass von einer Stenose nicht die Rede ist. Der Grund des Geschwürs ist missfarbig, mit grünlichen Gewebsfetzen bedeckt und liegt nicht in der Magenwand, sondern in den retrogastrischen Lymphdrüsen. Die Perforation hat eine Höhe von 6 cm und eine Breite von 4 cm. Der Geschwürsrand ist von harter Consistenz. Abgesehen davon, dass sich in der Gallenblase ein kleiner Carcinomknoten vorfand, zeigen die übrigen Organe nichts besonderes.

Epikrise. Wir haben hier einen jener relativ seltenen Fälle vor uns, in dem das Carcinom weder am Pylorus noch an der Cardia, sondern ausschliesslich an der kleinen Curvatur sitzt. Es lag hier vor allen Dingen sowohl in Rücksicht auf den objektiven Befund, als auch besonders im Bezug auf das Verhalten der Kranken die Frage nahe, ob das Carcinom ein primäres Leber- oder ein primäres Magencarcinom war. Für ein primäres Lebercarcinom sprach ausserordentlich viel, ganz besonders das geradezu vollständige Fehlen irgend welcher Magenerscheinungen, das Fehlen also von besonderer Appetitlosigkeit, Erbrechen, Schmerz und Magenblutungen. Patientin will freilich, wie aus der Anamnese ersichtlich, nach der Reposition ihres Bruches am folgenden Tage Schmerzen im Unterleib

verspürt haben. Abgesehen davon, dass der Schmerz nicht localisirt war, so war er jedenfalls nur von vorübergehender Natur, so dass darauf wohl kaum irgend welcher Nachdruck gelegt werden darf. Der objektive Befund sprach durchaus nicht dagegen. Es lag ein mächtiger Carcinomknoten der Leber vor, der sich in das linke Mesogastrium hinein erstreckte und hier continuirlich in eine Magengeschwulst überging. Es lag geradezu besonders auf Grund der subjektiven Erscheinungen, dem völligen Fehlen also der Magensymptome, nahe, den mächtigen Knoten in der Leber für den primären zu halten, sich sodann vorzustellen, dass das Carcinom nicht wie es gewöhnlich der Fall ist von dem Magen nach der Leber zu, sondern diesmal von der Leber in der Richtung nach dem Magen gewuchert sei. Für ein primäres Magencarcinom sprach vor allen Dingen die Erfahrung, dass primäre Leberecarcinome zu den Seltenheiten gehören, wenngleich sie bekanntlich auch vorkommen, ferner der Gedanke an die Möglichkeit des Sitzes der carcinomatösen Erkrankung an der kleinen Curvatur, obgleich vorauszusetzen war, dass schwere Magenerscheinungen, wie Erbrechen besonders, bei Sitz der Erkrankung an der Cardia oder an dem Pylorus hätten vorhanden sein müssen. Man stellte deshalb die Diagnose, obgleich man einige Zeit hindurch geschwankt hatte, doch schliesslich auf Carcinoma ventriculi, die durch die Sektion auch bestätigt wurde. Sie ergab ein beträchtliches carcinomatöses Geschwür an der kleinen Curvatur. Wenn es nun freilich auch zu verwundern ist, dass bei einem carcinomatösen Geschwür von diesem durchaus nicht unbedeutendem Umfang absolut keine irgendwie prägnanten Erscheinungen von Seiten des Magens hervortraten, so ist es immerhin zu erklären.

Eine Stenose war weder an der Cardia noch am Pylorus, so dass die Speisen ungehindert ein- und austreten konnten. Wenn nun auch durch die carcinomatöse Erkrankung ein grosser Teil der Magenschleimhaut verloren gegangen war, so war immerhin noch so viel gesunde und normal funktionierende Schleimhaut vorhanden, dass sie wohl in stande war, die aufgenommenen Speisen in ziemlich ausreichender und ergiebiger Weise zu verarbeiten. Der Fall zeigt uns, mit welchen Schwierigkeiten man zuweilen bei der Diagnose der Magenkrankungen zu kämpfen hat.

IV.

Katharina Ach, 47 Jahre alt, wurde am 22. September aufgenommen.

Anamnese. Der Vater starb 79 Jahre alt an Altersschwäche, die Mutter 57 Jahre alt an Lungenentzündung, 2 Brüder starben im Alter von 50 Jahren an Magenleiden. Patientin erinnert sich nicht, Kinderkrankheiten durchgemacht zu haben. Die Menses, die mit 16 Jahren auftraten und stets regelmässig waren, sind seit April ausgeblieben. 1865 und 1870 überstand Patientin 2 Frühgeburten, deren Ursache Blutungen gewesen sein sollen. Bis zu Beginn des Vorjahres will sie gesund gewesen sein. Im April stellten sich sodann, als Patientin wegen einer Gebärmutterblutung Eisumschläge auf den Unterleib machte, anhaltende Schmerzen hauptsächlich in der unteren Partie des Abdomen ein, die seitdem fortbestehen, und zu welchen sich seit Monat Juni Anschwellung des Unterleibes hinzugesellte. Im Anfang war auch reichliches mehrmaliges Erbrechen von grünlich gefärbten, schleimigen Massen vorhanden, das jedoch in letzter Zeit, seit Mitte

August, nicht mehr auftrat, während der Stuhl zuweilen diarrhöisch und grünlich gefärbt war.

Status praesens. Es handelt sich um eine sehr abgemagerte Kranke mit atrophischer Muskulatur, geschwundenem Panculus und blasser, doch nicht ikterischer Hautfarbe. Es lässt sich an der unteren Extremität ein leichtes Ödem constatieren. Die Lymphdrüsen, besonders die Cervicaldrüsen, sind geschwellt. Das Abdomen, dessen Haut glatt und mässig gespannt ist, ist durch einen Tumor kugelig vorgetrieben, und es geht der leere Perkussionsschall über der Geschwulstmasse nach oben mit einer halbmondförmigen Begrenzungslinie in den tympanitischen über. Bei Lagewechsel ändert sich die Form der Dämpfung. Das Anschlagen mit der Hand ergibt grosswellige Fluktuation.

23. IX. Bei der Untersuchung des Urins findet man Albumen.

27. IX. Die Nacht war infolge von Dyspnoe und Erbrechen sehr unruhig.

29. IX. Durch Probepunktion entleerte man eine rötlich-gelbe, trübe Flüssigkeit.

2. X. Durch Punktion entleerte man 660 cbcm einer tiefroten, trüben Flüssigkeit von dem specifischen Gewicht 1015. Nach angelegtem Verbande sickerten noch 700 cbcm durch.

9. X. Unter stetigem Wachsen der Geschwulst und unter Steigerung der anderen Symptome tritt der Tod ein.

Die Diagnose schwankte anfänglich zwischen abgesackter Peritonitis und Ovarialcyste. Man entschied sich später für die letztere.

Sectionsprotokoll. Die unteren Extremitäten sind stark ödematös. Der Unterleib ist sehr stark aufgetrieben und der Nabel verstrichen. Bei der Eröffnung der Bauchhöhle entleert sich eine mässige Menge rötlich-gelber, ziemlich klarer Flüssigkeit. Bei der Hingewnahme der vorderen Partie zeigt sich die äussere Hülle einer cystoiden Geschwulst, die den Bauchdecken adhärent ist. Nach völliger Eröffnung zeigt sich mehr als die untere Hälfte des Unterleibs von dieser umfänglichen, in mehrere grosse Lappen zerfallenden Geschwulst ausgefüllt. Die einzelnen Lappen sind von rundlicher Configuration, an der Oberfläche mit einer weisslichen, derben Schicht bekleidet, die, abgehoben, in den einzelnen Geschwulstcysten verschiedenartigen Inhalt erkennen lässt. Aus einer grösseren Cyste entleert sich eine ganz klare, gelbliche, etwas fadenziehende Flüssigkeit, die weissliche, von abgestossenen Epithelien herührende Streifen enthält. Die kleineren Cysten bilden zusammen eine Masse, die mit einer Honigwabe Aehnlichkeit hat und im Ganzen eine gallertige Beschaffenheit zeigt. Die eben beschriebene Geschwulst geht vom linken Ovarium aus. Bei der Untersuchung der rechten Seite ergibt sich eine an der hinteren Seite der Tube adhärente kleinere, aber dennoch Mannskopf grosse Geschwulst, die gewissermassen ein früheres Entwicklungsstadium der eben beschriebenen linksseitigen darstellt. Sie ist durch einen Stiel mit der Tube verbunden. Bei der Eröffnung derselben zeigt sich eine grössere Hauptcyste mit klarem, flüssigen Inhalt und mehrere zum Teil in das Lumen der grösseren hineinragenden Cysten gallertartigen Inhaltes. Der Magen zeigt an der kleinen Curvatur eine härtere, gallertartige Consistenz, herbeigeführt durch eine dort befindliche sattelförmige

Geschwulst, die sich als etwa Handteller gross erweist. In der Mitte hat sie eine etwa Markstück grosse Geschwürsfläche und reicht bis an den Pylorus heran, der 1—2 cm dick ist. Der Tumor hat eine Dicke von 1½ Zoll. Am Netz und am Dickdarm finden sich auf der ganzen Oberfläche zahlreiche metastatische Knoten von gallertigem Aussehen. Auch im Parenchym der sehr kleinen Leber zeigen sich kleine weissliche Knötchen. Von den übrigen Organen ist nichts Besonderes zu bemerken.

Die pathologisch-anatomische Diagnose lautete also kurz auf *Carcinoma gelatinosum ventriculi et Cystadenoma colloides utriusque ovarii*.

Epikrise. Wir haben hier einen überaus interessanten und instruktiven Fall vor uns, nicht als ob es sich, wie in dem vorigen, um ein Carcinom handele, das schon durch die Localisation im Magen der besonderen Beachtung wert erschiene, es handelt sich vielmehr um ein gewöhnliches Carcinom des Pylorus, doch um ein solches, das zu Lebzeiten der Patientin nicht diagnosticiert wurde, an dessen Möglichkeit man überhaupt nicht gedacht hatte. Und dies erscheint auf den ersten Blick um so sonderbarer, weil durch die Autopsie eine Geschwulst von Handtellergrösse und von 1½ Zoll Dicke nachgewiesen wurde. Dazu kommt scheinbar als erschwerender Umstand hinzu, dass, im Gegensatz zu dem vorigen Fall, auch Erscheinungen von Seiten des Magens vorhanden waren. Patientin will, wenn freilich auch nur zu Anfang ihrer Erkrankung, reichliches, mehrmaliges Erbrechen von grünlich gefärbten, schleimigen Massen gehabt haben. Trotz all' dieser Momente wurde die Diagnose auf Magenkrebs nicht gestellt, nicht einmal an einen solchen gedacht, und das mit vollem

Recht. Vorhanden war hier freilich eine beträchtliche Geschwulst des Pylorus, doch ist es nicht genug, dass eine solche vorhanden ist, sie muss auch, wenn sie als solche diagnostiziert werden soll, zum mindesten irgendwie der Palpation zugänglich sein. Wie lag es nun in unserem Fall? Mehr als die Hälfte des ganzen Unterleibes war von einer Geschwulstmasse ausgefüllt, die von den Ovarien ausgehend in der Richtung nach oben gewachsen war. Es lag auf der Hand, dass die Organe des Unterleibes dem andrängenden Tumor weichen mussten. Der Pylorus, somit auch die carcinomatöse Geschwulst hierselbst wurde nach oben gedrängt und verschwand so vollständig hinter den Rippen, dass von einer Palpation absolut nicht die Rede sein konnte. Damit allein wird schon das Hauptmerkmal eines Magen-carcinoms hinfällig. Was nun die Magenerscheinungen, speciell das Erbrechen betrifft, so waren dieselben so vollständig mit dem Ovarialtumor in Einklang zu bringen, dass es geradezu gekünstelt gewesen wäre, wenn ich mich so ausdrücken darf, wenn man hier an eine besondere Erkrankung des Magens hätte denken wollen, zumal das Erbrechen nur zu Anfang des Leidens bestanden hatte. Es handelte sich nämlich um eine ausgesprochen bösartige Geschwulst. Darauf deutete besonders das schnelle Wachstum, sowie die Drüenschwellungen. Dazu kommt die durch die Geschwulst bedingte Compression, Verlagerung und Verschiebung der Organe des Unterleibes, also auch des Magens, die ihrerseits wieder Circulationsstörungen zur Folge hatten. Wenn man hier an die Möglichkeit eines Krebses gedacht hätte, so hätte man vielleicht noch den Mageninhalt auf Salzsäure untersuchen können. Jedoch waren absolut keine irgendwie prägnanten Magenerscheinungen

vorhanden und glaubte man alles mit Recht und Fug auf die bösartige Geschwulst beziehen zu können. Aber auch wenn man keine Salzsäurereaktion gefunden hätte, würde man weit entfernt gewesen sein, nunmehr die Diagnose auf ein Magencarcinom zu stellen. Es ist ja bekannt, dass das Fehlen der Salzsäurereaktion auch bei anderen Zuständen vorzukommen pflegt, wie besonders die neueren Untersuchungen von *Cahn* und *Mering* dargethan haben. Nach ihren Angaben beruht das Fehlen der Salzsäurereaktion auf dem Vorhandensein von reichlichen Peptonmengen im Magen, also auf einer bedeutenden Verringerung der Peptonresorption. Somit kann die Salzsäurereaction ausser bei Carcinom bei fast allen schweren Funktionsstörungen des Magens fehlen, so bei Gastritiden, bei amyloïder Degeneration der Magenschleimhaut, speciell der Arterien, wie *Edinger* in 2 Fällen nachzuweisen Gelegenheit hatte etc. Der Fall zeigt, wie sehr es bei der Diagnose eines Magencarcinoms auf das Fühlen einer Geschwulst ankommt.

V.

Babette Karl, 51 Jahre alt, wurde am 29. April 1887 aufgenommen.

Anamnese. Der Vater der Patientin starb an Altersschwäche und die Mutter an Wassersucht. Mit ihrem 32. Jahre machte sie im Anschluss an ein Wochenbett eine Unterleibsentzündung durch, an der sie $\frac{1}{4}$ Jahr lang litt. Von da ab war sie gesund, bis sie 14 Tage vor Weihnachten 86 wiederum an einer Unterleibsentzündung erkrankte, die sich nach einer länger dauernden Verstopfung eingestellt haben soll. Seit dieser Zeit will sie einen immer mehr und mehr

sich vergrössernden Knoten im Unterleib gefühlt haben. Erbrechen erfolgte nicht, doch war Brechreiz und Uebelkeit vorhanden und erst seit 14 Tagen stellt sich schleimiges und seit 3 Tagen blutiges Erbrechen ein. Seit 3 Jahren will übrigens Patientin schwere Speisen nicht haben vertragen können. Sie klagt jetzt hauptsächlich über Schmerzen im Unterleib, über Kopfschmerzen, Herzklopfen und grosse Mattigkeit. Der Appetit ist schlecht und der Stuhl diarrhöisch.

Status praesens. Die Patientin hat ein gelbes kachektisches Aussehen. Beine und Arme befinden sich im Zustande ödematöser Schwellung. Das Erbrochene enthält Blut und hat einen abscheulichen, doch nicht eigentlich fäcalen Geruch. Die Leber ist im rechten Lappen nicht vergrössert. Nach links hin dehnt sich dann ein mächtiger Tumor aus, der 2 Querfinger über dem Nabel beginnt, bis Handbreite von der Symphyse herunterreicht, und der nach links sich bis zur Mamillarlinie erstreckt. Derselbe bewegt sich an dem unteren Rand bei der Atmung nicht, hat eine höckerige Oberfläche und ist bei Berührung schmerzhaft. Die Perkussion des Magens ergiebt, dass der Fundus sich nicht in den unteren Rand des Tumors fortsetzt, sondern etwas weiter oben an die Seitenwand der Geschwulst herantritt.

4. V. Am unteren Rand des Tumors ist ein etwa bohnergrosser Anhang hinzugetreten, der von der übrigen Geschwulst durch ein kleines Thal getrennt ist.

8. V. Der Tumor wächst. Der Stuhl ist andauernd diarrhöisch.

10. V. Es werden Collapstemperaturen von 33.2 und 33.1 festgestellt, und es tritt sodann am 11. V. der

Exitus letalis ein. Die Diagnose lautete auf Carcinomā ventriculi et omenti.

Sectionsprotokoll. Bei der Eröffnung der Bauchhöhle zeigen sich feste Verwachsungen der straff gespannten Bauchdecken mit einer im Unterleib liegenden Geschwulst. Neben diesen Verwachsungen sind noch entzündliche Verklebungen namentlich der Leberoberfläche mit dem Diaphragma vorhanden. In der Bauchhöhle findet sich eine geringe Menge Flüssigkeit. Aus einer kleinen Eröffnungswunde des Magens ergiesst sich eine bräunlich-gelbe, getrübte Flüssigkeit. Am unteren Rand des Magens befindet sich ein fingerdicker, kleiner Tumor des Netzes. Das Colon transversum ist nach oben fest mit dem Magen verwachsen. In der Leber sind keine Metastasen nachzuweisen. Der Fundus des Magens ist ziemlich stark ausgedehnt, die Schleimhaut verdickt, doch ist nirgends ein geschwüriger Zustand zu constatiren. Die Regio pylorica ist fast in ihrer ganzen vorderen Ausdehnung von einer Geschwürsfläche eingenommen, die von rechts nach links 9 cm, von oben nach unten 8 cm misst und von einem leicht aufgeworfenen Rande begrenzt ist. In diesem Rande findet man eine weisse, markig aussehende Geschwulstmasse. Bei dem Durchschnitt durch das Carcinom zeigt sich, dass es die Grenzen des Magens überschritten hat, mit der Brustwand verwachsen und in das Unterhautbindegewebe vorgedrungen ist.

Epikrise. Der vorliegende Fall zeigt sehr interessante Gesichtspunkte. Vor allen Dingen war hier die Frage zu entscheiden, ob der vorliegende Tumor ausschliesslich dem Magen angehöre, oder ob er vielleicht die Grenzen desselben besonders nach unten über-

schritten und sich zu einem Carcinom des Magens vielleicht noch ein Carcinom des Netzes hinzugesellt habe. Diese Frage war bis gegen das Ende sehr schwer zu entscheiden. Die Perkussion ergab zwar, dass der Fundus sich nicht continuirlich in den unteren Rand des Tumors fortsetzte, sondern etwas höher an die Seitenwand der Geschwulst herantrat; doch sind die Resultate, die durch die gewöhnliche Perkussion gewonnen werden, nicht so unfehlbar, dass man auf sie hin mit Sicherheit eine Diagnose aufbauen könnte. Man hätte freilich dadurch die Grenzen des Magens, speciell des Fundus, exakt und genau bestimmen können, dass man eine Perkussion des Magens nach Anfüllung mit Wasser vorgenommen hätte, allein die Humanität gebot in diesem Fall, von einem solchen Verfahren abzustehen, da die Frau pulslos und die Hämatemesis bedeutend war. Für eine Beteiligung des Netzes sprach sonst, da keine Stauungserscheinungen da waren, absolut nichts. So schwankte die Diagnose bis zum 4. Mai, an welchem Tage ein etwa bohnergrosser Anhang am unteren Rand des Tumors hinzutrat, der von der übrigen Geschwulst durch ein kleines Thal getrennt war. Jetzt lag die Möglichkeit einer exakten Diagnose besser. Dieser Stiel der Geschwulst konnte nicht gut mehr Magen sein; denn es war unwahrscheinlich, dass vom Magen aus sich ein Tumor so isolirt abgrenzte. Man stellte somit die freilich etwas kühne Diagnose auf Carcinoma ventriculi et omenti, die durch die Section im vollen Umfang bestätigt wurde. Eine Stauung war deshalb nicht zu Tage getreten, weil das Netz nicht in bedeutendem Grade afficirt war. Man sieht also, dass man, wenn sich vom Magen in kurzer Zeit ein

kleiner Tumor abgrenzt, in solchem Falle wohl berechtigt ist, eine Beteiligung des Netzes mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer Herrn Prof. Dr. Leube für die Unterstützung, die er mir bei der Anfertigung dieser Arbeit angedeihen liess, meinen wärmsten Dank auszusprechen.

